رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۵، شماره پیاپی ۷۴، مرداد ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(5), 2022

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه

Comparison the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and eye movement desensitization & reprocessing on reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder

صفحات۲۰۸-۱۹۷

سحر علیقلی‌زاده‌مقدم
دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر رضا کاظمی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر سمیه تکلوی
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر وکیل نظری آلیله
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

Sahar Aligholizadeh moghadam
Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr. Reza Kazemi*
Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr_reza.kazemi@yahoo.com
Dr. Somayyeh Taklavi
Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr. Vakil Nazari Aleileh
Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه کننده به بیمارستانی ایثار شهر اردبیل در سال ۱۴۰۰ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری به صورت تصادفی جایگذاری شدند. یک گروه ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای مداخله‌ی حساسیت-زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد و گروه دیگر ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای درمان شناختی—رفتاری دریافت کردند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس اختلال استرس پس از ضربه (PCL)، (ویدرز و همکاران، ۱۹۹۲) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS ۲۲ و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد هر دو درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه تأثیر معناداری داشتند (p<۰/۰۱). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد تاثیر بیشتر بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه داشت (p<۰/۰۱). نتایج حاصله بر استفاده بیشتر از مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد برای علائم استرس پس از سانحه اشاره دارد.

واژه‌های کلیدی: *استرس پس از سانحه، درمان شناختی-رفتاری، حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد.*

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and eye movement desensitization & reprocessing in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder. The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study included people with post-traumatic stress disorder referred to Isar Hospital in Ardabil in 2022. 45 people were selected by purposive sampling method and randomly assigned to three groups of 15 people. One group received 8 sessions of 75 minutes of and eye movement desensitization & reprocessing and the other group received 8 sessions of 75 minutes of cognitive-behavioral therapy. The Post-Traumatic Stress Disorder Scale (PCL) (Weathers et al., 1992) was used to collect data. Data were analyzed by SPSS 22 software using multivariate analysis of covariance. Both cognitive-behavioral therapy and eye movement desensitization & reprocessing had a significant effect on reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder (p<0.01). Reprocessing had a greater effect on reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder.

Keywords: *cognitive-behavioral therapy, eye movement desensitization & reprocessing, post-traumatic stress disorder.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : فروردین ۱۴۰۱** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۱** **ویرایش نهایی: مرداد ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

مقدمه

انسان از ابتدای تاریخ بشر و در طول زندگی خود با شرایط و وقایع آسیب‌زا (طبیعی و انسانی) مواجه بوده است (کوساک[1] و همکاران، ۲۰۱۶). تجربه چنین واقعه‌ای، منجر به ایجاد طیف گسترده‌ای از اختلالات از جمله علایم اضطرابی، روان‌نژندی، افسردگی، روان‌تنی و غیره می‌شود (ویس[2] و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از مشکلات روانشناختی که به سبب مواجه شدن با شرایط آسیب زا، ایجاد می‌گردد، اختلال استرس پس از سانحه[3] است. این اختلال، یک اختلال روانپزشکی شایع و مهمی است که در آن شخص در معرض رویداد آسیب رسان شدیدی که شدت آن برای هر کس آسیب‌زا خواهد بود؛ قرار گرفته و پاسخ شخص نیز همراه با ترس شدید، اضطراب فراگیر و درماندگی است و این رویدادها می‌تواند تجارب جنگ یا سوانح طبیعی یا تصادف‌های شدید و جز آن باشد (کامپوز[4] و همکاران، ۲۰۲۲). بعلاوه طبق پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5[5]) این اختلال، یک اختلال اضطرابی وابسته به استرس است که می‌تواند پس از یک یا چند تجربه آسیب‌زا رخ دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا[6]، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۴). این عارضه شامل تجربه مجدد سانحه در رؤیا، خیال‌ها یا بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی پاسخگویی به چنین یادآوری‌ها، برانگیختگی مستمر و مفرط که حداقل طول مدت علائم یک ماه است و در نهایت این اختلال موجب ناراحتی شدید یا اختلال در عملکرد اجتماعی شغلی یا سایر زمینه‌های مهم فرد می‌شود (ویس و همکاران، ۲۰۲۲).

از جمله نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه می‌توان به دشواری تمرکز، واکنش شدید از جا پریدن، واقعیت‌زدایی، شخصیت باختگی، کاهش آگاهی از محیط، ناتوانی در به یادآوردن جنبه‌های مختلف آسیب، بروز واکنش‌های جسمی و موارد دیگری اشاره کرد که همگی آن‌ها باعث کاهش سلامت عمومی می‌شوند (سیلوراشتاین[7] و همکاران، ۲۰۱۹؛ ندیا و براون[8]، ۲۰۲۱). میزان شیوع مادام‌العمر این اختلال را حدود ۸ درصد جمعیت عمومی می‌دانند و میزان بروز آن در طول عمر ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده می‌شود. میزان شیوع آن در طول عمر، در زنان ۱۰ درصد و در مردان ۴ درصد است (شالیو[9] و همکاران، ۲۰۱۷).

هرکسی می‌تواند به این اختلال دچار شود و هیچ‌کسی از این لحاظ مصونیت ندارد. برای مثال شیوع ویروس کرونا در زمان کنونی یکی از عواملی است که موجب افزایش شیوع این اختلال در بین کلیه سنین شده است. چنانچه براساس مطالعه لئی[10] و همکاران (۲۰۲۱) شیوع این اختلال در بین جمعیت عادی ۲۵ درصد، در مطالعه صالحی و همکاران (۲۰۲۱) ۱۸درصد و بوگوکی و ساواچوک[11] (۲۰۲۲) ۱۸درصد گزارش شده است. با توجه به اینکه شرایط و وقایع آسیب‌زا امری اجتناب ناپذیر است و هر رزوه تعداد زیادی از افراد آن را تجربه می‌کنند، لزوم توجه به این اختلال چه در بحث شناسایی عوامل موثر و چه در بحث درمان، امری مهم و حائز اهمیت است. در این راستا امروزه، توجه بیشتر به سوی مداخلات رواندرمانی است. به خصوص اینکه نتایج چند فراتحلیل نشانگر سودمندی بیشتر استفاده از رواندرمانی در مقایسه با دارودرمانی برای کاهش علائم این اختلال می‌باشد (میرز، اسچوارزیر و گریگر[12]، ۲۰۱۹؛ میتی و کاج[13]، ۲۰۲۱). همچنین مطالعه هوانگ[14] و همکاران (۲۰۲۰) بر بالا بودن خطر عوارض جانبی استفاده از دارو درمانی در مقایسه با دارونما و مداخلات رواندرمانی برای این اختلال اشاره کرده است. در این راستا، از جمله مداخلات روان‌درمانی مورد توجه محققان، درمان شناختی-رفتاری[15] و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد[16] (EMDR) است.

1. Cusack
2. Weiss
3. Post-traumatic stress disorder
4. Campos
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
6. America Psychiatric Association
7. Silverstein
8. Ndia & Brown
9. Shalev
10. Lei
11. Bogucki & Sawchuk
12. Merz, Schwarzer & Gerger
13. Mette & Kaj
14. Huang
15. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
16. Eye Movement Desensitization & Reprocessing

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، یک درمان رفتاری است که مطالعات بالینی، سودمندی آن را در اختلال استرس پس از سانحه و دیگر اختلال‌های اضطرابی نشان داده است؛ این روش درمانی را فرانسیس شاپیرو[1] ابداع کرده که از مداخله‌های رفتاری بدست آمده است؛ از زمان پیدایش این روش تاکنون، این تکنیک درمانی به طور موفقیت آمیزی در درمان پیامدهای روانی حیطه وسیعی از حوادث آسیب زا به کار رفته است (وندنهاوت[2] و همکاران، ۲۰۱۲). روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد یکی از روش‌های کارآمد و مؤثر در کمک به کسانی است که از زخم‌های روانی ناشی از تجربه‌های آسیب‌زا، اضطراب، وحشت، خاطرات ناخوشایند و اختلال استرس پس از سانحه، سوگ و انواع دیگری از مشکلات هیجانی رنج می‌برند (فاکس[3]، ۲۰۲۰). در این روش درمانی، هدف، تعدیل افکار منفی و جایگزینی افکار مثبت و تعدیل تغییرات جسمانی فرد است. این روش درمانی نوعی درمان مواجهه‌سازی است که از فنونی مانند غرقه سازی تجسمی، بازسازی شناختی، استفاده سریع و موزون از حرکات چشم و تحریک دوسوی‌های مغز استفاده می‌کند (سولومون[4] و شاپیرو، ۲۰۰۸). این روش ابتدا برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه استفاده شد و بعدها برای درمان اختلالاتی چون افسردگی‌ها، فوبی‌ها و اضطراب نیز به کار گرفته شد (سولومون و شاپیرو، ۲۰۰۸).

افزون براین، از دیگر روش‌های درمانی مورد توجه در درمان بیماران PTSD، درمان شناختی-رفتاری (CBT) است؛ درمان شناختی-رفتاری با شناخت‌هایی سروکار دارد که به تغییر هیجانات، افکار و رفتارها منجر شود (بک[5]، ۲۰۱۱). در رویکرد درمان شناختی رفتاری تأکید زیادی بر آموزش مفاهیم به‌طور عملیاتی می‌شود و اعتباریابی درمان به‌طور تجربی صورت می‌گیرد؛ بنابراین، تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و همچنین، ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی (درمانگاه یا مطب) است؛ چرا که مهم‌ترین شیوه تثبیت شده درمان PTSD ایجاد و حفظ یک محیط مناسب CBT است (بک، ۲۰۱۱). مطالعات صورت گرفته حاکی از تاثیرگذاری درمان شناختی-رفتاری (مرآتی و همکاران، ۱۳۹۷؛ خوش‌روش و همکاران، ۱۳۹۸؛ توراتویر[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ گویلین[7]، ۲۰۲۲) و روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (ماردپور و نجفی، ۱۳۹۵؛ هاشمیان‌مقدم و همکاران، ۱۳۹۵؛ تیکی و اوشروگول[8]، ۲۰۲۲؛ کوکسال و کورکمازابل[9]، ۲۰۲۲) بر کاهش علایم اختلال استرس پس از سانحه است. همچنین چندین مطالعه به مقایسه تاثیر این دو روش درمانی بر علایم استرس پس از سانحه پرداخته‌اند (نیکمراد و همکاران، ۱۳۹۲؛ علمدارباغینی و همکاران، ۱۳۹۸؛ بهاروند و همکاران، ۱۳۹۹).

با این حال، نتایج مطالعات در خصوص تاثیرگذاری بیشتر یکی از این دو روش درمانی، بر کاهش علائم و مشکلات مربوط به اختلال استرس پس از سانحه، ضد و نقیض می‌باشد (نیکمراد و همکاران، ۱۳۹۲؛ بهاروند و همکاران، ۱۳۹۹). لذا این امر، بررسی‌های مجددی را به منظور فهم تأثیر گذاری بیشتر یکی از درمان‌ها، طلب می‌نماید؛ تا از این طریق بتوان، با انتخاب روش درمانی سودمندتر، علاوه بر کاهش هزینه‌های مالی این افراد و نیز هزینه‌های مشتمل بر سلامت جامعه، زمینه کاهش مشکلات روانشناختی و عاطفی‌شان را نیز فراهم نمود. به خصوص اینکه همه افراد در معرض اینگونه آسیب‌ها بوده و وقوع آن امری غیرقابل اجتناب می‌باشد. لذا، با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از درد و رنج حاصل از وقوع حوادث ترماتیک (که منجر به پیدایش اختلال استرس پس از سانحه در افراد مورد مطالعه شده)، به منظور کاهش علایم این اختلال و نیز افزایش شاخصه‌های سلامت‌روانشناختی و کاهش سایر مشکلات ناشی از آن، همچون سوءمصرف الکل، آشفتگی خواب و غیره، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد صورت گرفت.

روش

1. Francine Shapiro
2. Vanden Hout
3. Fox
4. Solomon
5. Beck
6. Trottier
7. Guilin
8. Teke & Avşaroğlu
9. Koksal & Korkmazlarb

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

این پژوهش به لحاظ نوع روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مراجعه کننده به بیمارستانی تخصصی روانپزشکی ایثار شهر اردبیل در بازه زمانی ۶ ماه (فصل تابستان و پاییز) در سال ۱۴۰۰ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند (با لحاظ کردن ملاک‌های ورود) تعداد ۴۵ نفر انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری (حداقل تعداد پیشنهاد شده برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر؛ دلاور، ۱۳۹۹) به صورت تصادفی جایگذاری شدند. شناسایی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه براساس تشخیص مطرح شده در پرونده بیماران بود. ملاک ورود به پژوهش شامل داشتن حداقل مدرک سیکل، بازه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، رضایت کامل جهت شرکت در برنامه‌های مداخلات روانشناختی ، عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی حاد دیگر (براساس پرونده افراد در بیمارستان) و ملاک خروج نیز شامل عدم رضایت به ادامه همکاری، شرکت همزمان در برنامه روان‌درمانی دیگر و غیبت دو جلسه متوالی از آموزش بود. ملاحضات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش نیز شامل دریافت رضایت نامه کتبی شرکت در پژوهش، توضیح کامل اهداف پژوهش و دادن آگاهی به افراد شرکت کننده، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، پرداخت هزینه‌های ایاب و ذهاب افراد شرکت کننده در پژوهش و در صورت اثربخشی بیشتر هر یکی از جلسات آموزشی، اجرای آن روش به صورت فشرده برای گروه گواه بود. در این پژوهش ، بعد از انتخاب و جایگذاری افراد در گروه‌ها، ابتدا از هر سه گروه پیش آزمون دریافت شد. سپس یک گروه ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (شاپیرو، ۲۰۰۱) و گروه دیگر ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه درمان شناختی – رفتاری (اهلرز[1] و همکاران، ۲۰۰۵؛ ۲۰۲۰) دریافت کردند. لازم به توضیح است که با توجه به شرایط بهداشتی کشور (شروع ویروس کرونا) تمامی جلسات با رعایت شرایط بهداشتی مانند توزیع ماسک، مواد ضدعفونی کننده، رعایت فاصله اجتماعی و سایر موارد بهداشتی انجام شد. بعلاوه به منظور جلوگیری از افت آزمودنی پژوهشگر علاوه بر در تماس بودن با آزمودنی‌های از طریق تلفن، همواره تشویق‌گر آنان برای حضور در هر جلسه بود. در نهایت پس از پایان جلسات آموزشی، همه‌ی شرکت کنندگان مورد پس‌آزمون قرار گرفته و اطلاعات از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار سنجش

مقیاس اختلال استرس پس از ضربه[2] (PCL): پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که توسط ویدرز[3] و همکاران (۱۹۹۲) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است که پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک (سوالات ۱-۵)، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب (سوالات ۱۲-۶) و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید (سوالات ۱۷-۱۳) است. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه، عبارت اصلاً نمره ۱، خیلی کم ۲، متوسط ۳، زیاد ۴ و خیلی زیاد ۵ می‌گیرند. برای این پرسشنامه دو نمره برش تعیین شده است. در مطالعه ویدرز و همکاران (۱۹۹۲) نمره برش ۵۰ تعیین شده است. ویدرز و همکاران (۱۹۹۲) روایی همگرای این مقیاس با مولفه مربوط به استرس پس از سانحه مقیاس MMPI-2برابر ۰/۷۰، با مقیاس اثر حادثه ۰/۹۰ و با مقیاس رویارویی با جنگ ۰/۴۶ گزارش گردید. بلنچارد[4] و همکاران (۱۹۹۶) ضریب همسانی درونی (آلفای کرنباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳، و به ترتیب مولفه‌های بالا برابر ۰/۹۳، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ گزارش نموده‌اند. در ایران نیز گودرزی (۱۳۸۲) به بررسی روایی و پایایی این مقیاس پرداخته است و روایی همگرای این مقیاس با مولفه مربوط به استرس پس از سانحه مقیاسMMPI-2 برابر ۰/۸۲، با سیاهه پادوآ ۰/۷۵ و با مقیاس اثر حادثه ۰/۲۳ گزارش کرده است. همچنین پایایی این مقیاس را براساس ضریب آلفای کرنباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی این آزمون براساس ضریب آلفای کرنباخ ۰/۷۸۱ به دست آمد.

مداخله‌ی حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد: در این پژوهش مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر اساس کتاب حساسیت‌زدایی و پردازش مجدد حرکت چشم: اصول اساسی، طرح‌های درمان و مداخله‌ها (شاپیرو، ۲۰۰۱) در طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی صورت گرفت.

1. Ehlers
2. PTSD Checklist
3. Weathers
4. Blanchard

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

درمان شناختی – رفتاری: در این پژوهش درمان شناختی – رفتاری بر اساس بر اساس پکیج درمانی مورد استفاده از سوی اهلرز[1] و همکاران (۲۰۰۵؛ ۲۰۲۰) در طی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی صورت گرفت. خلاصه جلسات هر دو درمان بر طبق مراحل ذیل می‌باشد (جدول شماره ۱).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمانی

ردیف جلسه	مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم محتوای جلسات	درمان شناختی- رفتاری محتوای جلسات
اول	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، آماده‌سازی، گرفتن تاریخچه فردی و طرح درمان، معرفی اجمالی روش درمانی، بیان انتظارات و نحوه مشارکت در درمان و بررسی توانایی مراجعان در تحمل آزردگی احتمالی هنگام پردازش اطلاعات ناکارآمد.	معارفه، برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، تعیین انتظارات و اهداف درمان (بر اساس خاطرات تروماتیک، ارزیابی و حفظ رفتار).
دوم	ایجاد اتحاد درمانی، آماده‌سازی و اجرای ارزیابی (یعنی شناسایی خاطرات، تصاویر و نمادهای واقعه، هدف‌گزینی و حساسیت‌زدایی جهت مورد هدف قرار دادن هیجانات، احساسات و افکار آزاردهنده).	عقد قرارداد درمانی، تعیین قوانین اساسی، هدف‌گزینی، همدلی، عادی‌سازی واکنش‌ها، آموزش منطور درمان شناختی-رفتاری، آموزش درمان شناختی - رفتاری (*CBT*) تاکید بر انجام تکالیف، آموزش اندازه‌گیری خلق، شناسایی هیجان‌های منفی و افکار.
سوم	ارزیابی مجدد (استفاده از مقیاس‌های برآشفتگی ذهنی و اعتماد به شناخت‌واره) و حساسیت‌زدایی.	آموزش در خصوص سیر و ماهیت اختلال *PTSD* شناسایی خطای شناختی، توقف فکر و تمرین مهارت‌های حل مسله.
چهارم	کارگذاری، افزایش قدرت باورهایی مثبت شخص.	نوشتن شرح حادثه (خیالی/عین واقعیت)، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی و مواجهه تصویری، همدلی، استمرار سطوح پریشانی و درگیری عاطفی مراجع و بهره‌مندی از همدلی، آموزش تن‌آرامی، تنش‌زدایی پیشرونده عضلانی.
پنجم	بازسازی شناختی، جانشین کردن باورهای مثبت به جای باورهای منفی آموخته شده اصلی.	دستیابی به معانی شخصی مشکل‌ساز و رها کردن راهبردهایی که باعث کاهش واکنش آنها می شود (اجتناب شناختی، کرختی، اجتناب از لحظات مهم).
ششم	شناسایی مسائل و پویش‌های جسمانی و ارزیابی مجدد آن در فرآیند درمان.	به‌روزرسانی حافظه تروماتیک (تغییر معانی شخصی در حافظه)، بازسازی شناختی، جلب توجه بیماران به باورها و پیش‌فرض‌های زیربنایی در جهت تغییر و اصلاح افکار خودآیند.
هفتم	بستن (انسداد) به منظور حفظ تعادل درمانجو در بین جلسات.	آموزش تکنیک‌های تبعیض محرک (شرایط فعلی با زمان حادثه) برای قطع بین محرک‌ها و حافظه تروماتیک، تهیه لیست فعالیت‌های لذت‌بخش، بازآموزی تنفس آگاهانه.
هشتم	ارزیابی مجدد پایانی، پاسخگویی به سوالات و اتمام جلسه.	خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسه.

یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهش میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شناختی-رفتاری ۷/۸۱±۳۲/۹۶؛ گروه حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم ۸/۵۰±۳۴/۲۰ و گروه گواه ۸/۲۶±۳۳/۱۰ بود. در گروه درمان شناختی-رفتاری۷۳/۳۳ درصد (۱۱ نفر)، گروه حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم ۸۰ درصد (۱۲ نفر) و گروه گواه ۶۷/۶۶ درصد (۱۰ نفر) متاهل بودند. بعلاوه در هر سه گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات دکتری (گروه درمان شناختی-رفتاری ۶/۶۷ درصد، گروه حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد ۱۳/۳۳ درصد و گروه گواه ۶/۶۷ درصد) و بیشترین فراوانی دارای تحصیلات لیسانس بودند (گروه درمان شناختی-رفتاری

1. Ehlers

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

۴۶/۶۷ درصد، گروه حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد ۴۶/۶۷ درصد و گروه گواه ۴۰ درصد) در ادامه یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است (جدول ۲).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار علائم استرس پس از سانحه در گروه‌های مورد پژوهش

گروه / مولفه‌ها	درمان شناختی -رفتاری				حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد				گروه گواه			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تجربه مجدد حادثه	۱۷/۱۲	۲/۰۴	۱۴/۵۱	۱/۸۷	۱۷/۸۰	۲/۳۰	۱۳/۸۵	۱/۶۸	۱۷/۲۰	۲/۱۰	۱۶/۹۲	۲/۰۹
کرختی عاطفی و اجتناب	۲۵/۱۶	۲/۸۵	۱۹/۸۲	۲/۱۶	۲۴/۴۷	۲/۹۱	۱۷/۲۶	۲/۱۳	۲۵/۶۰	۲/۷۹	۲۵/۶۱	۲/۸۸
برانگیختگی شدید	۱۹/۳۰	۲/۵۳	۱۳/۹۰	۱/۹۵	۱۹/۰۶	۲/۳۷	۱۳/۰۴	۱/۵۲	۱۹/۰۷	۲/۴۴	۲۰/۰۷	۲/۶۰
نمره کل	۶۱/۵۸	۷/۲۴	۴۸/۴۳	۵/۹۸	۶۱/۳۳	۷/۵۸	۴۴/۱۵	۵/۳۳	۶۱/۸۷	۷/۳۳	۶۲/۶۰	۷/۵۷

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش در مراحل پیش و پس آزمون برای گروه‌های آزمایش و گروه گواه ارائه شده است. براساس مندرجات جدول، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه درمان شناختی –رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد تفاوت به مشاهده می‌شود. اما در بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه گواه تفاوتی محسوسی به چشم مشاهده نمی‌شود. لذا در ادامه به منظور بررسی این تفاوت‌ها از روش‌های آماری بهره گرفته می‌شود.

در بررسی مفروضات پارامتریک، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش در هر دو مراحل پیش آزمون و پس آزمون است. براین اساس، استفاده از تحلیل پارامتریک بلامانع است. بعلاوه جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس– کوواریانس از آزمون M-Box استفاده شد. براساس نتایج این آزمون حاکی از عدم معنادار بودن آماره M-Box و برقراری پیش فرض عدم تفاوت بین واریانس‌ها بود (M-Box =۷/۴۵، F=۱/۰۹۷، P=۰/۳۰۶). برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین متغیرها، از آزمون X2 بارتلت استفاده شد (X2=۲۷/۱۳۰، df=۱۰۱، P<۰/۰۱). نتایج این آزمون نشان داد که رابطه بین این متغیرها، معنادار است.

همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که برای نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک (F=۱/۸۴۰ و p=۰/۲۴۵)، نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب (F=۱/۱۲۹ و p=۰/۲۷۰)، علائم و نشانه های برانگیختگی شدید (F=۱/۴۶۴ و p=۰/۲۶۳) و کل (F=۱/۵۰۱ و p=۰/۲۵۴) به دست آمد. بعلاوه نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کوواریانس (نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک: F=۲/۷۸۱ و p=۰/۱۷۴؛ نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب F=۱/۹۸۰ و p=۰/۱۷۴؛ علائم و نشانه های برانگیختگی شدید F=۱/۱۰۹ و p=۰/۳۶۹ و کل F=۲/۱۰۳ و p=۰/۱۸۸) به دست آمد که حاکی از تایید این پیش فرض بود. بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد. در ادامه نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری به تفکیک متغیرها ارائه شده است (جدول ۳).

جدول ۳. نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای علائم استرس پس از سانحه در گروه‌های مورد پژوهش

گروه	اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
گروه	اثرپیلایی	۰/۵۶۴	۱۰/۷۶۱	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۴۱۶	۱۰/۷۶۱	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۱
	اثرهتلینگ	۱/۳۷۸	۱۰/۷۶۱	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۱
	بزرگترین ریشه‌وری	۱/۳۷۸	۱۰/۷۶۱	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

جدول شماره ۳ تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون متغیرها با کنترل آماری پیش‌آزمون، نتایج نشان می‌دهد؛ بین دو گروه آزمایش و گواه، تفاوت معنادار وجود دارد. ضریب اتا نشان می‌دهد؛ تفاوت بین دو گروه در متغیر پس‌آزمون، با توجه به کنترل آماری پیش‌آزمون، در مجموع معنادار و برابر ۰/۸۴ است. در ادامه، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون علائم استرس پس از سانحه

	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	تجربه مجدد حادثه	۱۵/۱۴۵	۱	۱۵/۱۴۵	۱۲/۲۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۴۳	۰/۹۹۸
	کرختی عاطفی و اجتناب	۲۳/۱۶۳	۱	۲۳/۱۶۳	۲۴/۵۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳	۰/۹۹۸
	برانگیختگی شدید	۲۲/۱۶۴	۱	۲۲/۱۶۴	۴۴/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	۱
	نمره کل	۳۴/۸۹۴	۱	۳۴/۸۹۴	۱۴۵/۸۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳	۱
گروه	تجربه مجدد حادثه	۲۰۱۳/۴۱۹	۲	۱۰۰۶/۷۰۹	۸۱۲/۵۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹	۱
	کرختی عاطفی و اجتناب	۱۶۷۷/۹۰۱	۲	۸۳۸/۹۵۴	۹۸۰/۶۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵	۱
	برانگیختگی شدید	۱۶۷۶/۸۹۰	۲	۸۳۸/۴۳۵	۱۶۸۵/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱
	نمره کل	۲۷۴۳/۲۶۴	۲	۱۳۱۷/۶۳۲	۷۵۳۳/۸۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷۷	۱

طبق نتایج جدول ۴، نسبت F تحلیل کواریانس چندمتغیری برای علائم استرس پس از سانحه نشان می‌دهد که علائم استرس پس از سانحه، بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. به طوری که هر دو درمان درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه در گروه‌های آزمایش تأثیر داشت (p<۰/۰۱). در ادامه به منظور تعیین تفاوت اثربخشی بین گروه‌ها آزمون تعقیبی بوفرونی ارائه شد (جدول ۵).

جدول ۵.نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه اثربخش درمان‌ها بر روی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه I	گروه J	I-J	Es	P
نشانه‌های تجربه مجدد حادثه	درمان شناختی-رفتاری	حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم	۰/۶۶	۱/۲۸۹	۰/۴۲۵
نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب	درمان شناختی-رفتاری	حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم	۲/۵۶**	۱/۲۸۹	۰/۰۰۶
نشانه‌های برانگیختگی شدید	درمان شناختی-رفتاری	حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم	۰/۸۶	۱/۲۸۹	۰/۳۹۷
نمره کل	درمان شناختی-رفتاری	حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم	۴/۲۸	۱/۲۸۹	۰/۰۰۰

طبق نتایج جدول ۵ آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس وجود دارد (P<۰/۰۵). این تفاوت حاکی از تاثیر بیشتر مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی-رفتاری تاثیر معناداری بر کاهش علائم استرس پس از سانحه داشت. نتایج به دست آمده با یافته‌های مرآتی و همکاران (۱۳۹۷)، خوش‌روش و همکاران (۱۳۹۸)، توراتویر و همکاران (۲۰۲۲) و گویلین و همکاران (۲۰۲۲) همسویی داست. نتایج این مطالعات حاکی از تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم استرس پس از سانحه بود. در تبیین نتیجه به دست آمده قابل بیان است که عاملی که منجر به نگرانی، اضطراب و وحشتزدگی در بیماران دچار پس از سانحه می‌شود، با نوع نگرش این بیماران و تفسیر علائم جسمانی مثل درد قفسهٔ سینه، تنگی نفس و تپش قلب به عنوان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

پدیدهای غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل کنترل؛ تحریف‌های شناختی همچون فاجعه‌آفرینی، تعمیم افراطی، افکار خود آیند منفی و باورهای ناکارآمد منفی از جمله عواملی هستند، منجر به اضطراب و وحشتزدگی و به تبع آن شدت گرفتن علائم بیماری می‌گردند. لذا، وجود باورهای خاص درباره علائم استرس پس از سانحه منجر به روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، تشدید علائم روانی- جسمی و رنج و ناتوانی ناشی از آن می‌شود (کندال و همکاران، ۲۰۰۵). براین اساس، درمان شناختی-رفتاری نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند (مانند جلسه سوم درمان که به آموزش شناسایی خطای شناختی پرداخته شد)، سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورها زیربنایی و تحریف‌های شناختی پرداخته می‌شود (مانند جلسه پنجم که به بررسی و اصلاح این افکار پرداخته شد). براین اساس، این درمان در طی فرآیند درمانی خود، با شناسایی و تغییر خطاهای شناختی مانند فاجعه‌آفرینی، تعمیم افراطی، افکار خودآیند منفی، نگرانی و باورهای خاص درباره علائم استرس پس از سانحه زمینه کاهش علایم آن را در افراد مبتلا فراهم کرد.

بخش دیگر نتایج نشان داد که حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد تأثیر معناداری بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه داشت. نتایج به دست آمده با یافته‌های ماردپور و نجفی (۱۳۹۵)، هاشمیان‌مقدم و همکاران (۱۳۹۵)، تیکی و اوشروگول (۲۰۲۲) و کوکسال و کورکمازابل (۲۰۲۲) همسویی داشت. نتایج این مطالعات حاکی از تاثیر مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم استرس پس از سانحه بود.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان نمود که نظام فیزیولوژیکی انسان‌ها به طور فطری برای پردازش اطلاعات در جهت سلامت روانی تنظیم شده است. لذا، آسیب روانی زمانی روی می‌دهد که اطلاعات به درستی پردازش نشده یا به طور کلی نظام پردازش اطلاعات متوقف شده باشد (وندنهاوت و همکاران، ۲۰۱۲). به بیانی ساده‌تر، علت این که واقعه آسیب‌زا و آزاردهنده ادامه می‌یابد، این است که محرک‌های روزمره، احساس‌ها و افکار منفی خاطرات آسیب‌زا را فرا می‌خوانند و باعث می‌شوند که درمانجو هماهنگ با این آسیب عمل کند. فقدان پردازش یا حل مناسب، به معنی آن است که درمانجو از لحاظ هیجانی و رفتاری، مطابق با آسیب واکنش نشان می‌دهد. وقتی که فرد در وضعیت ویژه حالت آزاردهنده و تحریک کننده متوقف شده باشد، رویدادهای جاری به طور مرتب آسیب را راه‌اندازی می‌کنند و آسیب به صورت فلش بک، کابوس، افکار مزاحم و رفتار اجتنابی ابراز می‌شود. لذا، بسیار از چیزهای که اختلال ذهنی در نظر گرفته می‌شوند نتیجه ذخیره اطلاعات در مغز است و بهبود زمانی صورت می‌گیرد که این اطلاعات آزاد شوند (کوساک و همکاران، ۲۰۱۶). براین اساس، مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد از تحریک لمسی یا صوتی جهت ایجاد حرکات دوسویه چپ و راست در چشم استفاده می‌کند تا به فعال کردن نیمکره‌های مغز، تجارب هیجانی را که سیستم عصبی به دام افتاده‌اند، تخلیه نماید. این روش به سیستم نوروفیزیولوژیک و اساس ارتباطات ذهن-بدن کمک می‌کند تا خود را از سیستم‌های بلوکه کننده وارهانده و ارتباطات جدید را شکل دهد (کوساک و همکاران، ۲۰۱۶؛ تارکوئینو و همکاران، ۲۰۱۲). طبق نظر شاپیرو ادراکات پردازش نشده در کابوس‌ها، بازگشت خاطرات گذشته و افکار مزاحم مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه، به چشم می‌خورد. چون در حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد از مراجع می‌خواهیم به حادثه آسیب‌زا فکر کند و بعد سیستم پردازش اطلاعات او را به این مراجع می‌خواهیم به حادثه آسیب‌زا به گونه مناسبی پردازش و هضم کند، تحریک می‌کنیم. همچنان که فرایند هضم جریان دارد بینش‌ها برمی‌خیزند، تداعی‌های مورد نظر شکل می‌گیرند، هر آنچه مفید است یادگرفته می‌شود و هیجان مناسب را به دست می‌آورد (سولومون و شاپیرو، ۲۰۰۸)؛ و همین فرایند زمینه کاهش علایم را فراهم می‌کند.

بخش دیگر نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس وجود دارد و این تفاوت حاکی از تاثیر بیشتر مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بود. نتایج به دست آمده با یافته‌های نیکمراد و همکاران (۱۳۹۲) و علمدارباغینی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر بیشتر مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بود. در تبیین تاثیر بیشتر مداخله حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد می‌توان به مکانیسم تاثیر تکنیک رویارویی استناد نمود. به طوری که براساس این تکنیک، رویارویی کوتاه با شدیدترین شرایط، خوگیری درمانجو را در مداخله حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد تسهیل می کندو سبب خوپذیری تسریع شده می‌شود که در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری به زمان کمتری نیاز دارد. همچنین براساس نظر شاپیرو، جابجایی بار بیوالکتریکی بالای باورهای منفی که با تعدیل و عبور از روی هدف‌های میانه‌ای که در مانجو خود در طی درمان به آن می‌رسد کاهش می‌یابد، می‌تواند حاکی از انعطافی باشد که در مقایسه با سلسله مراتب محرک‌ها در درمان شناختی –رفتاری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

که از ابتدا تنظیم می‌شود با آزادی عمل و آزادی هیجانی بیشتری به تسریع کمک می‌کند. لذا به نظر می‌رسد که خوپذیری که در اثر پردازش اطلاعات هیجانی از طریق تحریکات سیستم لیمبیک-آمیگدال و با واسطه تحریک عمدی حرکات چشم تسریع می‌شوند، تعیین کننده سرعت و اثربخشی بالای این درمان باشد (تارکودینو و همکاران، ۲۰۱۲).

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد درمان شناختی-رفتاری و حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش علائم افراد دچار استرس پس از سانحه موثر هستند. این نتایج می‌تواند تلویحات آموزشی و درمانی مناسبی برای درمانگران به منظور کاهش مشکلات ناشی از این اختلال را فراهم نماید.

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، پایین بودن حجم نمونه‌آماری و عدم کنترل میزان و شدت آسیب ناشی استرس پس از سانحه بود که می‌تواند بر نتایج مطالعه تأثیر گذار باشد. لذا به منظور افزایش قابلیت تعمیم نتایج، پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران آتی این محدودیت‌ها را مورد توجه قرار دهند. بعلاوه با توجه نتایج حاصله پیشنهاد می‌گردد هر دو این روش‌های درمانی به خصوص با تأکید بیشتر بر مداخله حساسیت‌زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد به عنوان یکی از درمان‌های موثر برای بهبود علائم استرس پس از سانحه در افراد مبتلا از سوی مراکز روان‌درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5. ترجمه سید محمدی، ح. (۱۳۹۴). تهران: نشر روان. https://www.gisoom.com/book/11141563.

بهاروند، و.، و درتاج، ف.، و نصری، ص.، و نصرالهی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر کاهش علایم استرس پس از سانحه زنان سیل زده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۶)، ۲۰۳-۲۱۲. http://ensani.ir/fa/article/421217.

خوش‌روش، و.، صدخسروی، م.، درویش، م.، و روانگرد، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری(CBT) بر علائم اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) در آسیب دیدگان تجاوز جنسی. *پیشرفت های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۲(۸)، ۹۷-۱۰۹. https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1512585/.

دلاور، ع. (۱۳۹۹). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد. https://www.adinehbook.com/gp/product/9646115179.

صبوری‌مقدم، ح.، و بخشی‌پوررودسری، ع.، و قهرمان محرم‌پور، ن. (۱۳۹۳). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در درمان اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۹(۳۴)، ۵۷-۸۱. http://ensani.ir/fa/article/350274/.

علمدارباغینی، آ.، محمدطهرانی، ح.، بهبودی، م.، و کیامنش، ع. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی حساسیت زدایی حرکت چشم بازپردازش، شناختی رفتاری و تکنیک رهاسازی هیجانی بر علائم اختلال استرس پس از سانحه. *علوم پزشکی رازی (مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران)*، ۲۶(۱۰)، ۷۶-۸۶. https://apsy.sbu.ac.ir/article_97288.html.

گودرزی، م.ع. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می سی سی پی (اشل). *مجله روانشناسی*، ۷(۲)، ۱۵۳-۱۷۸. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=4880.

ماردپور، ع.، و نجفی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمانی حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از اتفاقات غیرنظامی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۳)، ۴۱-۶۰. 10.22054/jcps.2016.4557.

مرآتی، ع.، ویس کرمی، ح.ع.، و آوند، د. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود اختلال استرس پس از سانحه. *امداد و نجات*، ۱۰(۲)، ۹۰-۱۰۰ http://jorar.ir/article-۴۳۹-۱-fa.html.

نیکمراد، ع.ر.، سلطانی‌نژاد، ع.، انیسی، ج.، پناهی، ه.، و کفراشی، س. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی از طریق پردازش مجدد حرکات تعقیبی چشم و روش درمانی شناختی– رفتاری بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان جنگ تحمیلی. *فصلنامه طب انتظامی*، ۲ (۴)، ۲۳۹-۲۴۸. http://jpmed.ir/article-۱۸۹-۱-fa.html.

هاشمیان مقدم، ا.، آقامحمدیان شعرباف، ح.ر.، و مشهدی، ع. (۱۳۹۵). میزان اثربخشی حساسیت زدایی منظم از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد بر کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه و لکنت زبان با منشاء روانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)*، ۱۹، (۱۱)، ۸۷-۹۸ http://jams.arakmu.ac.ir/article-۴۵۸۰-۱-fa.html.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

Mona, S., Amanat, M., Mohammadreza, M., Maryam, S., Nima, R., & Garakani, A. (2021). The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 282, 527-538. DOI: 10.1016/j.jad.2020.12.188 .

Beck. J.S (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.), New York: The Guilford Press. https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgjct55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1902770.

Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris, C.A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour research and therapy*, 34(8), 669-673. DOI: 10.1016/0005-7967(96)00033-2 .

Bogucki, O.E., & Sawchuk, C.N. (2022). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder due to COVID-19-related traumas: A case study. *Psychological Services*, 14, 630-639. DOI: 10.1037/ser0000630 .

Campos, S., Núñez, D., Bravo, P., Fresno, A., & Olff, M. (2022). *Preliminary evidence for internal structure, sensitivity, and specificity of a brief PTSD and complex PTSD measure in adolescents. Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/cbs0000322.

Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A., & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *43*, 128–141. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003.

Cyniak-Cieciura, M., Popiel, A., Kendall-Tackett, K., & Zawadzki, B. (2022). Neuroticism and PTSD symptoms: Gender moderates the mediating effect of peritraumatic emotions and dissociation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(3), 462–470. https://doi.org/10.1037/tra0001065.

Ehlers, A., & Wild, J. (2020). Cognitive therapy for PTSD. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD* (pp. 91–121). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000196-005.

Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F & ,.Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for PTSD :development and evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 43, 413-431. DOI: 10.1016/j.brat.2004.03.006 .

Fox, J. G. (2020). Recovery, interrupted: The Zeigarnik effect in EMDR therapy and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research, 14*(3), 175–185. https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00011.

Guilin, Y., Hongfeng, L., & Lenny, C. (2022). Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) Is Applied in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) of Chinese Shidu Parents Who Lost Their Only ChildHindawi. *Security and Communication Networks*, 2(4),1-6. DOI:10.1155/2022/8001358.

Huang, Z., Zhao, Y., Shuang, L., Gu, H., Lin, L., & Yang, Z. (2020). Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmaceutical Management for Adults With Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacol*, 8(11), 559- 569. DOI: 10.3389/fphar.2020.00559 .

Kendall, P.C., Hudson, J.L., & Choudhury, M. (2005). *Cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety disorders.* In E. D. Hibbs P. S. Jensen (Eds.), psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice.2nd ed. Washington, D.C. https://psycnet.apa.org/record/2005-00278-003.

Koksal, B., & Korkmazlarb, U. (2022). Efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing group protocol with children in reducing posttraumatic stress disorder in refugee children. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1),100-114. DOI: 10.1017/S0033291716001070 .

Lei, L., Hongyi Z., Yi, L., Tao, D., Shouju, Z., & Xiaochao, Z. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorders and associated factors one month after the outbreak of the COVID-19 among the public in southwestern China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 524-530. doi: 10.1186/s12888-021-03527-1.

Merz, J., Schwarzer, G., & Gerger, H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76, 904-13. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951 .

Mette, P.S., & Kaj, S.C. (2021).Comparing treatments for post-traumatic stress disorder - a systematic review. *Danish Medical Journal*, 68(9),92-100. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477098/.

Ndia R., & Brown, A.D. (2021). Mental Time Travel in Post-Traumatic Stress Disorder: Current Gaps and Future Directions. *Psychol*, 9, 47-62. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.624707 .

Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376, 2459-69. DOI: 10.1056/NEJMra1612499 .

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2001-05049-000.

Silverstein, M.W., Lee, D.J., Seligowski, A. V., & Worley, C. (2019). Functional impairment: The role of posttraumatic stress disorder symptoms, negative mood regulation, and interpersonal problems. *Traumatology*, *25*(1), 51–57. https://doi.org/10.1037/trm0000164.

Solomon, R.M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*(4), 315–325. https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315.

Tarquinio, C., Schmitt, A., Tarquinio, P., Rydberg, J.A., & Spitz, E. (2012). Benefits of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Psychotherapy in the Treatment of Female Victims of Intimate Partner Rape*, *Sexologies*, 21, 60-67. https://sites.bu.edu/daniellerousseau/2019/04/25/benefits-of-eye-movement-desensitization-and-reprocessing/.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

Teke, E., & Avşaroğlu, S. (2022). Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy for Children and Adolescents with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of School and Educational Psychology*, 2(1), 1-12. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01750 .

Trottier, K., Monson, M., Stephen A W, Ross D C. (2022). Results of the first randomized controlled trial of integrated cognitive-behavioral therapy for eating disorders and posttraumatic stress disorder. *Psychol Medicen*, 52(3), 587-596. DOI: 10.1017/S0033291721005365 .

van den Hout, M. A., Rijkeboer, M. M., Engelhard, I. M., Klugkist, I., Hornsveld, H., Toffolo, M. J. B., & Cath, D. C. (2012). Tones inferior to eye movements in the EMDR treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 50*(5), 275–279. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.001.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T. (1992). *The PTSD Cheklist (PCL). Reliability. Validity & diagnostic utility.* Presented at the 9 Th Annual Meeting of the Inernational Society for Traumatic Seress Hissre Studies. Sam Antunio, TX. https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=213707.

Weiss, N. H., Schick, M. R., Contractor, A. A., Goncharenko, S., Raudales, A. M., & Forkus, S. R. (2022). Posttraumatic stress disorder symptom severity modulates avoidance of positive emotions among trauma-exposed military veterans in the community. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14*(3), 446–452. https://doi.org/10.1037/tra0001048

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.5.18.3]